



Beleidsregels indicatiestelling Wet langdurige zorg (Wlz) 2018

Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ),

gelet op artikel 4:81 lid 1 Algemene wet bestuursrecht en de artikelen 3.2.3 en 7.1.2 lid 1 sub a Wet langdurige zorg,

besluit:

Artikel 1

Het Centrum indicatiestelling zorg hanteert beleidsregels bij het beoordelen of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor één of meer van de in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg aangewezen vormen van zorg. Deze beleidsregels zijn opgenomen in de hoofdstukken 1 tot en met 3 bij dit besluit.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2018.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018.

Artikel 4

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018 worden de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017 ingetrokken.

Artikel 5

Dit besluit wordt met de toelichting en de bijlagen in de Staatscourant geplaatst.

Utrecht, 27 november 2017

J.H. Ouwehand
Bestuurder



Inhoud

Inleiding	2
HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN	4
1 Algemeen	4
1.1 Definities	4
2 Afwegingskader	6
2.1 Stap 1: De aanvraag	7
2.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie	8
2.3 Stap 3: Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'	8
2.4 Stap 4: Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is	9
2.5 Stap 5: Vaststellen toegang tot de Wlz	9
2.6 Stap 6: Vaststellen van het recht op Wlz-zorg	11
Bijlage 1 Registreren van stoornissen en beperkingen in het functioneren	15
Bijlage 2 Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel	16
HOOFDSTUK 2 GRONDSLAGEN	19
1 Algemeen	19
2 Aandachtspunten	19
3 De vijf grondslagen	19
3.1 Somatische aandoening of beperking	19
3.2 Lichamelijke handicap	20
3.3 Psychogeriatrische aandoening of beperking	20
3.4 Verstandelijke handicap	21
3.5 Zintuiglijke handicap	21
HOOFDSTUK 3 GEBRUIKELIJKE ZORG	24

Inleiding

Deze beleidsregels vormen een nadere uitwerking van en toelichting op belangrijke begrippen in de Wet langdurige zorg, het Besluit langdurige zorg en de Regeling langdurige zorg. Het gaat onder meer om blijvende zorgbehoefte, permanent toezicht, 24 uur per dag zorg in de nabijheid, ernstig nadeel, fysieke problemen, zware regieproblemen en gebruikelijke zorg.

Beleidsregels houden in dat een bestuursorgaan, in casu het CIZ, handelt overeenkomstig die beleidsregels. Het CIZ kan in individuele gevallen gemotiveerd afwijken van de beleidsregels (artikel 4:84 Awb).

Daarnaast kan het CIZ aansturen op een gesprek tussen de verzekerde, zijn of haar mantelzorgers, de gemeente en/of de zorgverzekeraar om te kunnen afstemmen wat de meest passende zorg voor de verzekerde is. Dit kan het geval zijn als tijdens het onderzoek naar de zorgbehoefte blijkt dat de verzekerde de zorg bij voorkeur wenst te ontvangen vanuit de gemeente en/of zorgverzekeraar en dit mogelijk ook haalbaar is vanwege de inzet van aanwezige mantelzorg (memorie van toelichting Wlz blz. 16 en 59).

De belangrijkste wijzigingen in deze beleidsregels ten opzichte van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017 zijn:

HOOFDSTUK ALGEMEEN

- In het afwegingskader is een nieuwe eerste stap toegevoegd: de aanvraag;
- De tekst over intensieve kindzorg is aangepast, in verband met de wijziging in het Besluit zorgverzekering. Het is niet beoogd dat de afbakening met de Wlz verandert;
- In 2018 is voor palliatief terminale zorg (PTZ zorgprofiel VV10) geen indicatie van het CIZ meer nodig;
- De teksten over zorgprofiel 'VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling (VV9B)' en zorgprofiel 'VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (VV7)' zijn verduidelijkt/aangepast.

HOOFDSTUK GRONDSLAGEN

- Geringe tekstuele aanpassing bij Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK);
- Grondslag verstandelijke handicap: de tekst is aangepast aan de DSM-5;
- Grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking: de tekst is aangepast aan de DSM-5;



-
- Grondslag zintuiglijke handicap auditief: de tekst over het vaststellen van de grondslag bij gebruik van een cochleair implantaat is aangepast.

HOOFDSTUK GEBRUIKELIJKE ZORG

Naar aanleiding van de aanbevelingen in het HHM-rapport 'Afwegingskader kinderen Wlz' (7 maart 2017) is duidelijker beschreven hoe het begrip gebruikelijke zorg in de Wlz wordt toegepast.

De Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018 zijn vastgelegd in drie hoofdstukken.

Hoofdstuk 1 is een algemeen hoofdstuk dat onder meer definities bevat en een uitwerking van het afwegingskader dat leidt naar de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel voor de verzekerde.

Hoofdstuk 2 beschrijft de zogenaamde grondslagen. Eén van de vereisten om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg is de aanwezigheid van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Hoofdstuk 3 geeft beleidsregels voor gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen.



HOOFDSTUK 1 ALGEMEEN

1 Algemeen

De begrippen die in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg (Wlz) en artikel 1.1.1 van het Besluit langdurige zorg (Blz) zijn geschreven, zijn ook op deze beleidsregels van toepassing.

1.1 Definities

Onderstaande definities zijn op alle hoofdstukken van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz van toepassing.

Blijvende zorgbehoefte

De behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz is blijvend, dat wil zeggen van niet voorbijgaande aard. Eventuele verbeteringen in het functioneren kunnen het beperkingenbeeld van de verzekerde niet zodanig wijzigen dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vervalt.

Ernstig nadeel

Ernstig nadeel voor verzekerde, als bedoeld in artikel 3.2.1 lid 2 sub c Wlz, betekent dat als gevolg van met zijn grondslag samenhangende fysieke problemen of zware regieproblemen, er een situatie kan ontstaan waarin verzekerde:

- a. Zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- b. Zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- c. Ernstig lichamenlijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamenlijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- d. Ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.

Uit de memorie van toelichting bij de Wlz blijkt dat bij 'ernstig nadeel voor de verzekerde' sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.

Escalatie

Acute verslechtering van de toestand van de verzekerde die onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maakt. Het kan hierbij gaan om fysieke of gedragsproblemen.

Fysieke problemen

Fysieke problemen hebben betrekking op beperkingen als gevolg van stoornissen in de fysiologische functies of anatomische eigenschappen van het houdings- of bewegingsapparaat (bot-spiersysteem, gewrichten en bindweefsel) of de inwendige organen dan wel stoornissen in de motorische en sensibele functies van het zenuwstelsel.

Gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg in de Wlz is de dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en stimulering van de ontwikkeling die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden, al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

Grondslag

De Wlz geeft aan dat er op zorginhoudelijke gronden slechts toegang tot Wlz-zorg kan zijn als er sprake is van een of meer met name genoemde 'grondslagen'.

Grondslag: een aandoening, beperking, stoornis of handicap als gevolg waarvan de verzekerde recht kan hebben op Wlz-zorg.

De grondslagen voor Wlz-zorg zijn:

1. een somatische (SOM) of psychogeriatrische (PG) aandoening of beperking,
2. een verstandelijke (VG), lichamenlijke (LG) of zintuiglijke (ZG) handicap.



In het hoofdstuk Grondslagen wordt weergegeven op welke manier het CIZ de grondslag van een verzekerde bepaalt.

Instelling

- a. Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.
- b. Een organisatorisch verband dat gevestigd is buiten het grondgebied van het Europees deel van Nederland en overeenkomstig de daar geldende wetgeving rechtmatig gezondheidszorg verstrekt als bedoeld bij of krachtens artikel 3.1.1 Wlz.

Kind

Verzekerde jonger dan 18 jaar.

Kind met ernstige meervoudig complexe handicap/ernstige meervoudige beperkingen (MCG/EMB)

MCG/EMB kinderen hebben een ernstige verstandelijke beperking met een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) en/of somatische aandoeningen (zoals epilepsie, reflux, slikproblemen, luchtweginfecties etc.).

Partner

Huisgenoot met wie de verzekerde is gehuwd of een relatie onderhoudt die daarmee gelijk wordt gesteld, zie artikel 1.1.2 Wlz.

Permanent toezicht

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen.

24 uur per dag zorg in de nabijheid

Zorg en toezicht is 24 uur per dag in de nabijheid nodig. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen.

- a. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft.
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Palliatief terminale zorg

Deze zorg heeft betrekking op de terminale levensfase van een verzekerde met een levensbedreigende ziekte, waarin de levensverwachting van de verzekerde korter is dan drie maanden. Het is de behandelend arts van de verzekerde die dit vaststelt. De verzekerde krijgt geen (medische) behandeling meer die gericht is op herstel of levensverlenging. De zorg is vooral gericht op pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven.

Toegangscriteria

De vereisten om voor Wlz-zorg in aanmerking te komen zoals beschreven in artikel 3.2.1 Wlz.

Verzekerde met een psychische stoornis

Een verzekerde die door een daartoe bevoegd behandelaar gediagnosticeerd is met een psychische stoornis/psychiatrische aandoening.

Voortdurend

Er doen zich dagelijks ongeplande zorgmomenten voor, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen om op deze momenten zorg te verlenen. Hiervoor is nodig dat de zorgverlener meerdere



malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen.

Zelfzorg

De uitvoering van algemeen dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg.

Zorg uit ander domein

Dit betreft zorg die is geborgd in een ander domein (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), Zorgverzekeringswet (Zvw), Jeugdwet, forensische zorg). Er is voor deze zorg geen recht op zorg vanuit de Wlz. Zie verder paragraaf 2.5.1 van dit hoofdstuk.

Zware regieproblemen

De verzekerde heeft zodanige beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties, dat voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, gedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

2 Afwegingskader

Het CIZ besluit of een verzekerde is aangewezen op zorg vanuit de Wlz zoals beschreven in wet- en regelgeving.

Voor dit onderzoek wordt een uniform afwegingskader gehanteerd. Met dit afwegingskader onderzoekt het CIZ of de verzekerde is aangewezen op de Wlz conform art 3.2.1 Wlz.

Art 3.2.1 Wlz, eerste lid:

Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
 1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
 2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.



Afwegingskader Wet langdurige zorg (Wlz)

1

De aanvraag

- Naam, adres, BSN, handtekening
- Zorgvraag
- Informatie die voor de beslissing op de aanvraag nodig is

2

In kaart brengen van de zorgsituatie

- Ziekte, aandoening, stoornis
- Beperkingen
- Vaststellen grondslag(en)

3

Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'

- Permanent toezicht
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege
 - fysieke problemen
 - zware regieproblemen
- Voorkomen escalatie / ernstig nadeel

4

Vaststellen of zorgbehoefte blijvend is

- Mogelijkheden (functionele) verbetering / herstel / ontwikkeling

5

Vaststellen toegang tot de Wlz

- Zorg uit ander domein
- Gebruikelijke zorg
- Uitzonderingen op de toegangscriteria

6

Vaststellen van het recht op Wlz-zorg

- Best passend zorgprofiel
- Kenmerk meerzorg indien van toepassing
- Ingangsdatum en geldigheidsduur
- Motivering

2.1 Stap 1: De aanvraag

In deze stap wordt vastgesteld of het CIZ een aanvraag in behandeling kan nemen. De volgende gegevens zijn minimaal noodzakelijk bij een aanvraag:

- Naam, adres, omschrijving van gevraagde besluit conform artikel 4:2 lid 1 Algemene wet bestuursrecht (Awb);
- Burgerservicenummer (artikel 3.2.3 lid 2 Wlz);
- Handtekening (artikel 4:2 Awb);
- Informatie die voor de beslissing op de aanvraag nodig is¹ zoals informatie over de ziekte, aandoening en het functioneren van de verzekerde (artikel 4:2 lid 2 Awb).

¹ Op www.ciz.nl staat een 'Overzicht benodigde informatie bij een aanvraag'



Het CIZ gaat na of iemand verzekerd is voor de Wlz (artikel 3.1 lid 2 Rlz) en stelt de identiteit van de verzekerde vast (artikel 9.1.2 lid 6 Wlz).

Het onderzoek van de verzekerde dient zodanig te zijn, dat het CIZ op verantwoorde wijze kan vaststellen of er een recht op Wlz-zorg bestaat, en zo ja op welke zorg (zorgprofiel).

Indien informatie die nodig is voor het onderzoek ontbreekt, vraagt het CIZ die alsnog op. Wordt de informatie niet aangeleverd, dan kan het CIZ geen zorgvuldig onderzoek doen naar relevante feiten en belangen. Het CIZ kan dan besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen² (Awb artikel 4:5).

2.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie

In deze stap wordt vastgesteld wat de verzekerde wel en niet kan. Het gaat om:

1. De relevante ziekten, aandoeningen en/of stoornissen en beperkingen van de verzekerde. Daarbij wordt ook meegenomen een eventueel lopende behandeling en de ziektebiografie van de verzekerde;
2. De objectieve aard en de mate van de beperkingen van de verzekerde³. Daarbij gaat het om beperkingen in activiteiten, die relevant zijn in relatie tot de zorgvraag. De verwachte duur van de beperkingen wordt ook onderzocht;
3. Aan de hand van het onderzoek naar ziekte/aandoening/stoornis en de beperkingen bepaalt het CIZ de grondslag.

Bij het in kaart brengen van de ziekte(n), aandoening(en), stoornissen en beperkingen van de verzekerde baseert het CIZ zich op (inter)nationaal erkende classificatie instrumenten zoals de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10), de DSM-IV en DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

De stoornissen en beperkingen van de verzekerde worden vastgelegd (zie bijlage 1 bij dit hoofdstuk) en zo nodig toegelicht in tekst.

Met behulp van de in deze stap verzamelde informatie wordt vastgesteld of er sprake is van een of meerdere grondslag(en) en zijn de aanwezige stoornissen en beperkingen vastgelegd.

2.3 Stap 3: Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'

In deze stap wordt vastgesteld of de verzekerde vanwege de in stap 2 vastgestelde ziekte(n), aandoening(en) stoornissen en beperkingen is aangewezen op:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
 1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
 2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Het 'ernstig nadeel' wordt vastgelegd.

Ad a

Permanent toezicht is onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragsituaties voor de verzekerde kan worden voorkomen. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

Ad b.1

Fysieke problemen kunnen betrekking hebben op beperkingen die veroorzaakt worden door een somatische ziekte of een lichamelijke handicap.

² Het besluit een aanvraag niet in behandeling te nemen kan ook worden genomen in latere stappen van het afwegingskader.

³ Soms kan het nodig zijn de invloed van de omgeving (gebouwde of sociale omgeving) te betrekken bij het objectiveren van de beperkingen. De omgeving kan zowel beperkingen van de verzekerde compenseren waardoor ze minder ernstig lijken, als ook ongunstige invloed hebben op de mogelijkheden en ontwikkeling van de verzekerde.



De verzekerde is niet altijd in staat tijdig de zorgverlener in te roepen of erkent niet altijd de behoefte aan zorg, vanwege fysieke problemen en de gevolgen daarvan voor het psychisch functioneren (bijvoorbeeld vanwege vermoeidheid, vertraagd denken, verminderde alertheid en concentratie).

Wachten op de zorgverlener bij ongeplande zorgmomenten zal mogelijk ernstig nadeel opleveren gezien de medische situatie/prognose. Het nadeel kan niet voorkomen worden door inzet van zorg op geplande momenten of op afroep. Er kan bijvoorbeeld risico zijn op complicaties, zoals verwaarlozing of het oplopen van lichamelijk letsel ten gevolge van bedlegerigheid, een slechte voedingstoestand of tekorten in de zelfzorg.

Ad b.2

De verzekerde heeft beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Daarom heeft de verzekerde voortdurend begeleiding of overname van taken nodig om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, gedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

Het betreft verzekerden die vanwege cognitieve beperkingen op meerdere momenten van de dag begeleiding en toezicht nodig hebben. De zorgverlening moet op relevante (onverwachte) momenten ondersteunen bij de oordeelsvorming over essentiële zaken in het dagelijkse bestaan van de verzekerde. De verzekerde kan de consequenties van eigen handelen niet overzien. Het mogelijke ernstig nadeel kan optreden als gevolg van het ontbreken van voldoende regie en regelvermogen.

2.4 Stap 4: Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is

In deze stap wordt vastgesteld of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals is vastgesteld in stap 3 blijvend is.

Onderzocht wordt of kan worden vastgesteld dat de verzekerde vanwege de ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen blijvend (levenslang) zal zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige (functionele) verbetering of herstel (bijvoorbeeld vanwege behandeling⁴ van de ziekte, aandoening, stoornissen en/of beperkingen) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid /permanent toezicht blijvend is, is er geen toegang tot de Wlz.

Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

Bij kinderen moet worden meegewogen dat ook bij kinderen met een beperking nog (enige) ontwikkeling mogelijk is.

2.5 Stap 5: Vaststellen toegang tot de Wlz

In deze stap wordt vastgesteld of en in welke mate er sprake is van zorg uit een ander domein, gebruikelijke zorg of uitzonderingen op de toegangscriteria Wlz.

2.5.1 Zorg uit ander domein

In deze paragraaf staan de situaties beschreven waarin een verzekerde die voldoet aan de toegangscriteria zoals in voorgaande paragrafen beschreven toch geen zorg vanuit de Wlz kan ontvangen.

Verpleging en verzorging voor kinderen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Artikel 3.1.5 onder b van het Besluit langdurige zorg (Blz):

De verzekerde heeft geen recht op zorg ingevolge de wet indien hij minderjarig is en voornamelijk in verband met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering⁵;

Met artikel 3.1.5 Blz is de Zvw voorliggend gemaakt op de Wlz. Dit betekent dat een kind vanwege

⁴ Vanuit de Zvw, de Jeugdwet of de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling.

⁵ Het Besluit zorgverzekering wijzigt per 1 januari 2018. Met deze wijziging wordt geregeld dat de afbakening tussen Jeugdwet en Zvw beter aansluit bij de visie van professionals als kinderverpleegkundigen en jeugdhulpverleners dan het 'oude' IKZ-criterium. Het is niet beoogd dat de afbakening met de Wlz wijzigt.



complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap weliswaar een behoefte kan hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, maar dat het CIZ toch geen indicatie voor de Wlz afgeeft en de Zvw voorliggend is. De zorg moet in dergelijke gevallen vanuit de Zvw worden geleverd.

Indien zich bij een kind echter (op jonge leeftijd) naast de complexe somatische problematiek of lichamenlijk handicap ook een (ernstige) verstandelijke handicap manifesteert, kan het kind zowel behoren tot de doelgroep voor zorg voor kinderen met een somatische aandoening (Zvw) als tot de doelgroep van de Wlz. Het aangrijpingspunt van de zorg is hiervoor bepalend. Wanneer het aangrijpingspunt van de zorg medisch is, krijgt het kind de verpleging en verzorging uit de Zvw. Wanneer het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg verschuift, kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. In de praktijk blijkt deze verschuiving vaak rond de vijfde verjaardag plaats te vinden. Voor sommige kinderen kan dit ook eerder of later het geval zijn. Als deze kinderen voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, dan vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

Palliatief terminale zorg

Voor palliatief terminale zorg voor verzekerden die deze zorg uit de Wlz gaan ontvangen is geen indicatie van het CIZ nodig.

Jeugdwet

De zorgprofielen 'VG wonen met begeleiding en verzorging' (VG 3) en de LVG zorgprofielen zijn in de Wlz alleen beschikbaar voor (jong)volwassenen. Voor kinderen valt deze zorg onder de Jeugdwet (artikel 3.1.5 sub c Blz).

De Jeugdwet bepaalt dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor jeugdhulp, dat wil zeggen: voor de ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen, met psychische en psychiatrische problemen of stoornissen of met een beperking. Gemeenten zijn in dat kader ook verantwoordelijk voor de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering.

Wet forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die verleend wordt in een strafrechtelijk kader, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten.

Voor de Wlz en de forensische zorg is het volgende van toepassing:

- De indicatie van een verzekerde die al een Wlz-indicatie heeft, blijft van kracht als deze verzekerde forensische zorg opgelegd krijgt.
- Het CIZ indiceert niet voor Wlz-zorg voor een verzekerde bij wie forensische zorg is opgelegd en die tijdens de tenuitvoerlegging van de forensische zorg een aanvraag doet voor Wlz-zorg. De forensische zorg voorziet in de zorgbehoefte.

Bij het aflopen van de forensische titel kan aansluitend een aanvraag voor Wlz-zorg worden gedaan.

2.5.2 Gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg in de Wlz is de dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en stimulering van de ontwikkeling die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden, al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

Als is vastgesteld dat een kind vanwege zijn grondslag, stoornissen en beperkingen blijvend is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid (stap 1 tot en met 4 van het afwegingskader) en er geen sprake is van zorg uit een ander domein zoals hierboven beschreven, wordt afgewogen of het kind al redelijkerwijs is aangewezen op zorg uit de Wlz, of dat er nog sprake is van gebruikelijke zorg.

Zie hiervoor verder hoofdstuk 3 Gebruikelijke zorg.

2.5.3 Uitzonderingen op de toegangscriteria

Voor verzekerden die zijn aangewezen op zorgprofielen (SG)LVG of GGZ-B gelden uitzonderingen, die hieronder zijn beschreven.



Zorgprofielen (SG)LVG, (Sterk Gedragsgestoord) Licht Verstandelijk Gehandicapt

Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op Wlz-zorg als hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Een verzekerde met een licht verstandelijke handicap, gecombineerd met gedragsproblemen heeft ook recht op Wlz-zorg wanneer hij:

- a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, of
- b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf (Artikel 3.2.1 lid 3 Wlz).

Het gaat hierbij om (jong)volwassenen die zijn aangewezen op integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG of SGLVG behandelinstelling, zoals beschreven in de zorgprofielen voor maximaal 3 jaren (artikel 3.2 lid 1 en artikel 2.5 Rlz).

Ad a: Een meerderjarige verzekerde die vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege integrale, multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling, komt hiervoor in aanmerking. Zie verder onder specifieke criteria voor het bepalen van het best passend zorgprofiel.

Ad b: Een verzekerde die tot de 18e verjaardag behandeling vanuit de Jeugdwet ontving in een LVG behandelinstelling en die volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van deze behandeling met verblijf komt hiervoor ook in aanmerking als hij geen behoefte (meer) heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De behandelaar geeft aan dat nog een periode (en welke periode/hoe lang) voortzetting van deze behandeling in een LVG behandelinstelling nodig is. Het CIZ toetst niet aan de toegangscriteria Wlz⁶.

Verzekerden met een psychische stoornis, zorgprofielen GGZ-B

Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar (artikel 3.2.2 Wlz).

Indien de behandelaar heeft bepaald dat de verzekerde na 3 jaar verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg uit de Zvw nog steeds is aangewezen op voortzetting van deze zorg, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passend zorgprofiel vast voor maximaal 3 jaar⁷.

Als de zorgbehoefte van een verzekerde met een indicatie voor zorgprofiel GGZ-B uit de Wlz zodanig wijzigt, dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer passend is, maar de verzekerde nog wel is aangewezen op voortzetting van klinische GGZ-zorg stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passende zorgprofiel vast.

Als de verzekerde niet meer is aangewezen op voortzetting van deze zorg en op andere Wlz-zorg (op basis van een andere grondslag) is aangewezen, gelden hiervoor de reguliere toegangscriteria Wlz.

2.6 Stap 6: Vaststellen van het recht op Wlz-zorg

In deze stap wordt vastgesteld of er recht is op Wlz-zorg. Indien dit het geval is wordt vastgesteld op welk zorgprofiel de verzekerde is aangewezen, met welke ingangsdatum en geldigheidsduur en indien van toepassing het kenmerk meerzorg.

2.6.1 Het best passend zorgprofiel

Vaststelling van het zorgprofiel is gebaseerd op de grondslag(en), stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte van de verzekerde. Het CIZ onderzoekt in eerste instantie of er op basis van de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte van de verzekerde een passend zorgprofiel kan worden vastgesteld. Als geen van deze profielen voldoende aansluit bij de zorgbehoefte van verzekerde, kan op basis van specifieke cliëntkenmerken gekozen worden voor een

⁶ Grondslag, blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ernstig nadeel.

⁷ Het CIZ toetst niet aan de reguliere toegangscriteria Wlz. Zie voetnoot 6.



profiel behorend bij een andere aanwezige grondslag. Het gaat hierbij dan specifiek om verzekerden met meerdere grondslagen waarbij de beperkingen vanuit de verschillende grondslagen elkaar beïnvloeden, om leeftijdsgebonden cliëntkenmerken, of om specifieke gedragsproblemen van de verzekerde.

Uitgangspunt is dat een zorgprofiel uit een reeks alleen gekozen kan worden als de problematiek uit die reeks aanwezig is. Met andere woorden: de grondslag waarop de reeks is gebaseerd, moet bij de verzekerde aanwezig zijn. De belangrijkste grondslag kan een andere zijn. Voorbeeld: er kan geen zorgprofiel uit de sector Verstandelijk Gehandicapt (VG) worden gekozen als er geen sprake is van een grondslag verstandelijke handicap.

Uitzondering: de problematiek bij de grondslag somatische aandoening of beperking en de grondslag lichamelijke handicap ligt naar aard en inhoud dicht bij elkaar. Het verschil tussen de reeksen VV en LG heeft te maken met de aard van het begeleidingsdoel in relatie tot de levensfase. De zorgprofielen LG zijn meer gericht op stabilisatie en ontwikkeling waar bij de zorgprofielen VV er meer aandacht is voor begeleiding bij achteruitgang in de ouderenzorg. In voorkomende gevallen kan daarom bij een verzekerde met een grondslag lichamelijke handicap een best passend zorg profiel uit de reeks VV worden gekozen (ook als deze grondslag niet aanwezig is) en andersom.

Zie ook bijlage 2 van dit hoofdstuk, Specifieke criteria voor het bepalen van het best passende zorgprofiel.

2.6.2 Dagbesteding

In artikel 3.1.1 Wlz is beschreven dat dagbesteding en vervoer van en naar de dagbesteding valt onder het verzekerde pakket. Dit voor zover de verzekerde er naar aard, inhoud en omvang en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen (artikel 3.2.1 Wlz). Het CIZ heeft hierin geen taak.

2.6.3 Meerzorg

Het CIZ onderzoekt of er sprake is van aandoeningen, stoornissen en beperkingen die mogelijk leiden tot meer zorg dan beschikbaar is in het best passende zorgprofiel.

Als wordt voldaan aan één van de vier onderstaande situaties, wordt een kenmerk meegegeven aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor dient vervolgens onderzoek te doen naar de benodigde zorgomvang. Het zorgkantoor heeft ook de bevoegdheid om zelfstandig op verzoek van de verzekerde het onderzoek naar meerzorg te starten. Dat betekent dat de verzekerde die al een passend zorgprofiel heeft en meerzorg wenst zich tot het zorgkantoor dient te wenden en niet tot het CIZ.

Het CIZ geeft het kenmerk 'onderzoek doen naar meerzorg' alleen mee in de keten naar het zorgkantoor als de verzekerde recht heeft op een zorgprofiel en:

1. Er een noodzaak is van invasieve beademing, of,
2. Er een noodzaak is van non-invasieve beademing, of,
3. Er recht is op een zorgprofiel 'VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging' (VG5) en er sprake is van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek, of,
4. Er recht is op een zorgprofiel 'VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging' (VG8) en er sprake is van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek.

Ad 1 en 2: Er is sprake van beademing wanneer de ademhaling mechanisch door apparatuur wordt overgenomen, al dan niet volledig of ter ondersteuning. Dit kan continu het geval zijn. Maar ook intermitterend, bijvoorbeeld alleen gedurende de nacht of mede 'on demand'⁸ (automatische inschakeling van de apparatuur bij het wegvallen van de ademhaling bij de verzekerde). (Mechanische) beademing met behulp van apparatuur kan plaatsvinden via een tracheostoma (invasief) of via een mond-/neuskap (non-invasief).

De volgende zaken vallen niet onder beademing:

- Het incidenteel beademen via de tracheostoma met behulp van een ballon, al dan niet bij calamiteiten; er is geen sprake van continue of intermitterende beademing naast dit incidentele gebruik van de beademingsballon;
- Het toedienen van zuurstof via een 'brilletje', flowsnor, tracheostoma of anderszins; het bewaken van het zuurstofgehalte in het bloed met behulp van een saturatiemeter;

⁸ Doordat de apparatuur voorziet in een ingestelde ademfrequentie, zal bij een terugval of het wegvallen van de ademhaling van de verzekerde de ademhaling volgens de noodzakelijke frequentie doorgang vinden.



- Het hebben van een tracheostoma;
- Apparatuur bij slaapapneu.

Ad 3 en 4: Het gaat hierbij om verzekerden met (naast de aandoeningen en beperkingen die tot genoemde zorgprofielen leiden) zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze somatische/lichamelijke problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging waarbij permanent toezicht noodzakelijk is gericht op de fysieke functies, waarbij de ouders/hulpverleners actief de vitale lichaamsfuncties van de verzekerde moeten controleren. Het gaat hier bijvoorbeeld om actieve controle van de ademhaling, het slikken, een bewustzijnsdaling, inwendige- of onderhuidse bloedingen, de bloeddruk en de lichaamstemperatuur. Bij afwijkingen moet direct worden ingegrepen omdat anders gevaar ontstaat. Het gaat bij dit gevaar met name om acute zuurstofdaling veroorzaakt door bijvoorbeeld een ademstilstand of een obstructie van de ademhaling, het optreden van een zwaar epileptisch insult of een shock. Voorbeelden van tijdig ingrijpen zijn het toedienen van (extra) zuurstof, uitzuigen, het toedienen van medicatie en reanimeren.

2.6.4 Ingangsdatum en geldigheidsduur

Ingangsdatum

Hoofregel: De ingangsdatum van het besluit is de datum waarop het CIZ de beslissing neemt.

Het CIZ oordeelt en beslist over een aanvraag voor zorg binnen zes weken na de datum waarop de aanvraag hiervoor is ingediend (artikel 3.2.4 lid 1 Blz).

De datum ingang geïndiceerde zorg kan in beginsel wel liggen na, maar niet vóór de datum van het indicatiebesluit. Hierop zijn twee uitzonderingen mogelijk:

1. Bij indicatiestellingen in het kader van het plan 'Waardigheid en Trots' (gebruikmakend van de instrumenten van het experiment regelarme instellingen-ERA1) beslist het CIZ op de dag waarop de aanvraag bij het CIZ binnenkomt. De ingangsdatum van de geïndiceerde zorg is de datum waarop de zorg is gestart, tot maximaal 14 (kalender)dagen voor de datum dat de aanvraag bij het CIZ is ingediend.
2. De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan ook vóór de datum van het indicatiebesluit liggen, als er sprake is van bijzondere omstandigheden in een concreet geval⁹. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in de volgende situaties:
 - Bij aanvragen voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie, aansluitend aan eerstelijns verblijf (Zorgverzekeringswet), bij beëindiging van de forensische status van een verzekerde die Wlz-zorg behoeft en na het toewijzen van een status bij asielzoekers. In deze gevallen is sprake van een plotselinge wijziging in de situatie van de verzekerde.
 - Als een verzekerde vanwege bijzondere omstandigheden reeds Wlz-zorg ontvangt, conform artikel 3.2.4 lid 2 Blz. Het gaat dan bijvoorbeeld om een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz. Het kan ook gaan om een verzekerde die nog thuis woont dankzij mantelzorg eventueel aangevuld met zorg en ondersteuning vanuit de gemeente of zorgverzekering. Als de mantelzorg acuut en onverwacht uitvalt kan het nodig zijn de verzekerde direct op te nemen in een Wlz-instelling.

Als op de datum van de aanvraag al zorg wordt verleend beslist het CIZ binnen twee weken. Voorwaarde hiervoor is dat bij de aanvraag voldoende (medische) informatie beschikbaar is om te kunnen vaststellen dat de verzekerde recht heeft op de Wlz. De ingangsdatum van de indicatie is dan de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen of maximaal 5 dagen daarvoor als de zorg eerder is gestart.

Overgangperiode

Indien er een indicatie voor zorg vanuit de Wlz is die naar beneden wordt bijgesteld, kan het CIZ een overgangperiode in acht nemen¹⁰. Daarbij wordt rekening gehouden met de mate waarin wordt ingegrepen in de lopende indicatie en de aard en de omvang van de door de verzekerde aangegane verplichtingen ter voorziening in zijn zorgbehoefte.

⁹ Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via www.rechtspraak.nl te vinden met ECLI:NL:CRVB:2009:BK1592.

¹⁰ Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via www.rechtspraak.nl te vinden met ECLI:NL:CRVB:2013:BZ2559.



Geldigheidsduur

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is, conform artikel 3.2.5 Blz onbepaald met uitzondering van de in hoofdstuk 3 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) genoemde indicatiebesluiten:

- Voor zorgprofielen LVG en SGLVG is de geldigheidsduur maximaal drie jaar.
- Voor zorgprofielen GGZ-B is de geldigheidsduur maximaal drie jaar.
- Voor het zorgprofiel 'herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling' (VV9B) is de geldigheidsduur maximaal 6 maanden.

Verdragsgerechtigden

Voor verdragsgerechtigden stelt het CIZ op grond van artikel 5.2.1 Blz het recht op zorg vast. Het CIZ houdt rekening met de verwachte verblijfsduur van de zorgvrager in Nederland en er geldt een maximale geldigheidsduur van 6 maanden, die eenmalig kan worden verlengd met maximaal 6 maanden.

2.6.5 Informatie bij besluit

Als de verzekerde al kenbaar heeft gemaakt in welke vorm of van welke zorgaanbieder hij de zorg wenst te ontvangen kan het CIZ deze informatie vastleggen en doorgeven aan het zorgkantoor. Hierdoor kan de zorg eerder worden ingezet.

Deze informatie maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit, omdat deze informatie niet is gericht op rechtsgevolg. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Als aanvullende informatie bij het indicatiebesluit kan worden vermeld:

1. Voorkeur van de cliënt: het CIZ kan de voorkeur van de verzekerde over de vorm waarin hij de zorg wil ontvangen registreren.

Als de verzekerde (nog) geen voorkeur heeft bepaald wordt geen voorkeur meegegeven.

Onderstaande zorgprofielen kunnen conform artikel 5.5 Rlz niet in een persoonsgebonden budget (pgb) worden geleverd:

- a. VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging;
- b. LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep;
- c. LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding;
- d. LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding;
- e. LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum.

De zorgprofielen in de sector GGZ 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging', 'beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding' kunnen op basis van artikel 3.3.4 Wlz alleen worden geleverd in een gecontracteerde instelling.

Het zorgkantoor beslist of de verzekerde voor een pgb in aanmerking komt, niet het CIZ.

2. Voor zover bekend registreert het CIZ de voorkeursleverancier van de verzekerde.

2.6.6 Het indicatiebesluit

Het resultaat van alle voorgaande stappen is een indicatiebesluit voor Wlz-zorg conform wet- en regelgeving. Indien de verzekerde is aangewezen op Wlz-zorg worden in elk geval vermeld: de resultaten van het voorbereidend onderzoek, de aandoeningen, beperkingen, stoornissen of handicaps als gevolg waarvan de verzekerde op zorg is aangewezen, het zorgprofiel (met indien van toepassing meerzorg), voorwaarden en beperkingen die aan het geïndiceerde recht op zorg verbonden zijn, de ingangsdatum en geldigheidsduur (artikel 3.2.3 Blz).

De verzekerde ontvangt het indicatiebesluit.

Tegen het indicatiebesluit staat bezwaar en beroep conform de Algemene wet bestuursrecht open. Het indicatiebesluit wordt verzonden naar het zorgkantoor en opgenomen in het Wlz-register. Als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gegeven, wordt de huisarts geïnformeerd over het indicatiebesluit.



BIJLAGE 1 REGISTREREN VAN STOORNISSEN EN BEPERKINGEN IN HET FUNCTIONEREN

De stoornissen en beperkingen van de verzekerde worden vastgelegd op een vierpuntsschaal en zo nodig toegelicht.

In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe het CIZ stoornissen en beperkingen registreert.

Stoornissen

score	betekenis
0	Er is geen sprake van een stoornis of het optreden van de stoornis leidt niet tot een zorgvraag, omdat deze onder controle is door middel van behandeling, medicatie of een hulpmiddel.
1	De stoornis leidt af en toe tot een zorgvraag. Af en toe is 1 tot 6 keer per week.
2	De stoornis leidt vaak tot een zorgvraag. Vaak is 1 tot 2 keer per dag.
3	De stoornis leidt continu tot een zorgvraag. Continu is 3 of meerdere keren per dag.

Beperkingen en participatieproblemen

score	betekenis
0	De verzekerde heeft geen beperkingen ten aanzien van de betreffende activiteit.
1	De verzekerde heeft een andere persoon nodig, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt.
2	De verzekerde kan de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen, waarbij de resterende zelfredzaamheid van verzekerde gerespecteerd en/of zoveel mogelijk bevordert wordt.
3	De verzekerde kan de activiteit in het geheel niet zelf uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen.



BIJLAGE 2 SPECIFIEKE CRITERIA VOOR HET BEPALEN VAN HET PASSENDE ZORGPROFIEL

Voor een aantal zorgprofielen is een verduidelijking met betrekking tot de indicatiecriteria opgenomen.

Zorgprofiel VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

Bij een aanvraag voor zorgprofiel 'beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding' is het nodig om inzicht te krijgen in het gevolgde behandelbeleid van de ernstige gedragsproblemen (onbegrepen gedrag).

Het betreft verzekerden met bijvoorbeeld een ernstige mate van dementie, syndroom van Korsakov, ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel, ouderen met complexe lichamelijke problematiek met actieve psychiatrie en ouderen met doofblindheid op latere leeftijd in combinatie met ernstige gedragsproblemen.

Het CIZ beoordeelt aan de hand van de actuele medische informatie en een behandelplan van de verantwoordelijke behandelaar¹¹ de oorzaak van de gedragsproblemen, welke behandeling gegeven wordt, of het behandelbeleid optimaal gevolgd is en welk effect de behandeling op het probleemgedrag heeft (evaluatie, bijstelling behandeling en prognose). Pas daarna kan worden beoordeeld of dit zorgprofiel het bij de verzekerde best passende zorgprofiel is. Als de gedragsproblemen inherent zijn aan de onderliggende ziekte/aandoening kan het zijn dat behandeling van de gedragsproblemen niet meer aan de orde is. In deze situatie kan naast de actuele medische informatie worden volstaan met een zorgplan.

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit voor dit zorgprofiel is onbepaald. Alleen als op basis van de geobjectiveerde gegevens van de behandelaar voor deze individuele verzekerde blijkt dat de ernstige gedragsproblemen van tijdelijke aard zijn, kan er kortdurend sprake zijn van dit zorgprofiel. Aansluitend volgt een indicatie voor het best passende zorgprofiel.

Zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling

Dit zorgprofiel is beschikbaar voor verzekerden die ook na de herstelgerichte behandeling blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen.

Bij deze verzekerden heeft medisch specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans¹² sprake is geweest van een ziekenhuisopname.

De medisch specialistische diagnostiek/interventie, ook van de comorbiditeit en multimorbiditeit, is afgerond. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De verzekerde heeft een tijdelijke behoefte aan extra behandeling en zorg, meestal 2 tot 6 maanden. De behandeling is gericht op herstel en/of aanleren van vaardigheden, waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt of verwacht.

Bij de verzekerde is sprake van verminderde leerbaarheid en trainbaarheid als gevolg van problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies.

Zorgprofiel VG (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering

Indicatiecriteria die beide van toepassing zijn op dit zorgprofiel:

- Een onderbouwde conclusie dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid, en
- CEP score ≥ 3 (=Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag).

Om vast te stellen of de verzekerde voldoet aan bovenstaande criteria is aanlevering van onderstaande zorginhoudelijke informatie noodzakelijk:

1. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) zorgplan. Uit het plan blijkt wat de omschrijving is van de grondslag en de bijzondere gedragsproblematiek. Het is noodzakelijk dat de volgende onderwerpen in het zorgplan aan bod komen:

¹¹ Specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog, geriater, psychiater

¹² Indien er geen sprake is geweest van een ziekenhuisopname na een acuut opgetreden aandoening danwel acute verandering in de medische situatie wordt de aanvraag onderbouwd door de uitkomst van een geriatrisch assessment of de uitkomst van een triage door de specialist ouderengeneeskunde. Hierbij kan de revalidatiearts, geriater of huisarts betrokken zijn.



- Welke zorginterventies hebben plaatsgevonden om de bijzonder ernstige gedragsproblematiek te verminderen. Dit zijn bijvoorbeeld behandeling (eventueel medicamenteus/therapieën/video-opnames), specifieke benadering, groepsgrootte, woonvorm, inzet gespecialiseerd personeel;
 - Tot welk resultaat de zorginterventies hebben geleid (evaluatie rapport);
 - Een onderbouwde conclusie (op basis van het voorgaande) dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met de reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid.
2. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) volledig rapport van de CEP-score, opgesteld door meerdere deskundigen onder eindverantwoordelijkheid van een gedragsdeskundige. Uit de score blijkt dat de vastgestelde chronische gedragsproblematiek een zwaarte heeft van ten minste 3.
3. Indien er met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) een consultatietraject is gedaan: de door het CCE uitgebrachte (advies)rapportage.

Zorgprofielen LVG, Licht Verstandelijk Gehandicapt

Jongvolwassenen met een licht verstandelijke handicap met daarnaast meervoudige problematiek zoals beperkt sociaal aanpassingsvermogen en ernstige, chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen, behoren tot de doelgroep Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG). De problematiek bij deze verzekerden komt vaak voor in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

Als er voor verzekerden uit de doelgroep een noodzaak is tot integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling en ze voldoen aan de criteria voor opname in deze instelling, wordt een zorgprofiel uit de reeks LVG-zorgprofielen geïndiceerd. De noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling wordt aangegeven bij de aanvraag en onderbouwd door een betrokken behandelaar.

Bij de LVG-profielen zijn de volgende criteria in combinatie vereist:

- Behandelprospectief/prognose. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken dat er perspectief is dat de gevraagde behandeling leidt tot verbetering in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de verzekerde, geformuleerd in een concreet behandeldoel. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben, gecoördineerd door een Wlz-behandelaar waarbij tijdens de intake- en diagnostiekfase is gebleken dat intramurale opname en behandeling noodzakelijk is;
- Niveau van verstandelijk functioneren: een IQ tussen 50 en 85;
- De leeftijd waarop de indicatie wordt gesteld is tussen 18 en 23 jaar. Voor de leeftijdsgroep vanaf 21 jaar geldt dat er meestal sprake is van voortgezette hulpverlening die het karakter heeft van woon- en vaardigheidstraining;
- Er is sprake van ernstige gedragsproblemen. De bepaling van de ernst van de gedragsproblemen wordt ontleend aan een medisch of gedragskundig rapport dat bij de aanvraag wordt aangeleverd of wordt opgevraagd in verband met onderzoek van het CIZ.

Voor verzekerden met een lichte verstandelijke handicap die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, zonder noodzaak tot behandeling in een LVG-behandelinstelling, is geen LVG-zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel recht op een zorgprofiel in de reeks VG.

Zorgprofiel Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt (SGLVG): Behandeling in een SGLVG-behandelcentrum

Bij Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte cliënten (SGLVG-cliënten) is sprake van onbegrepen en risicovol gedrag dat wordt veroorzaakt door een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen. De problematiek komt tot uiting in alle facetten van het leven: (gezins)systeem, wonen, werken en vrije tijd. De problemen versterken elkaar en zijn vaak onderling met elkaar verweven. Hoewel er doorgaans ook sprake is van (actieve) psychiatrische problematiek wordt deze categorie verzekerden meestal onder de grondslag verstandelijke handicap geïndiceerd. De reden hiervoor is dat de gedragsproblemen/stoornissen sterk verweven zijn met de licht verstandelijke handicap. De behandeling van deze problemen moet aansluiten bij het cognitieve niveau van de verzekerde.

Als voor deze doelgroep een noodzaak is tot behandeling in een SGLVG-behandelcentrum en zij ook voldoen aan de criteria voor opname in een dergelijke instelling, wordt het SGLVG-zorgprofiel geïndiceerd.

Bij het SGLVG-profiel zijn de volgende toelatingscriteria in combinatie vereist:



-
- Er is een behandelperspectief en een behandelprognose;
 - Een multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk;
 - Verzekerde heeft een IQ tussen de 50 en 85;
 - De leeftijd van verzekerde ligt meestal tussen 18 en 55 jaar;
 - Verzekerde heeft ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen;
 - Er is sprake van comorbiditeit van psychiatrische problemen en/of ontwikkelingsstoornissen;
 - Er is sprake van ernstige handelingsverlegenheid van de omgeving vanwege deze problematiek;
 - Eerdere behandeltrajecten hebben niet (voldoende) resultaat gehad.

Voor verzekerden met SGLVG-problematiek die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht zonder noodzaak tot behandeling in een SGLVG-behandelcentrum, is geen SGLVG-zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel recht op een zorgprofiel in de reeks VG.



HOOFDSTUK 2 GRONDSLAGEN

1 Algemeen

Eén van de vereisten om in aanmerking te komen voor de Wlz is de aanwezigheid van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (artikel 3.2.1, eerste lid, Wlz).

2 Aandachtspunten

Vaststellen grondslag

Het CIZ stelt de grondslag van een verzekerde vast en maakt daarbij gebruik van informatie over diagnostiek en over stoornissen en beperkingen, die wordt verstrekt door een ter zake deskundige. Dit is iemand die volgens de vigerende standaarden en richtlijnen van zijn beroepsgroep bevoegd is tot het stellen van de diagnose. Informatie over stoornissen en beperkingen kan ook door eigen onderzoek van het CIZ worden verkregen.

Eén grondslag of meer grondslagen

Om in aanmerking te komen voor toegang tot zorg vanuit de Wlz, moet bij de verzekerde in elk geval sprake zijn van één grondslag. Bij sommige verzekerden is er sprake van meer grondslagen. Voor een compleet inzicht in de problematiek van de verzekerde en de onderlinge samenhang van de aanwezige grondslagen is het van belang om alle grondslagen te vermelden in het dossier.

Grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte

Als sprake is van meer dan één grondslag stelt het CIZ vast welke van die grondslagen de meeste invloed heeft op de zorgbehoefte. Deze grondslag wordt bepaald door de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. Deze grondslag kan wijzigen bij een veranderde zorgbehoefte. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat eerst een somatische aandoening of beperking de meeste invloed had op de zorgbehoefte, terwijl in een later stadium de grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking de meeste invloed op de zorgbehoefte heeft.

3 De vijf grondslagen

3.1 Somatische aandoening of beperking

Een somatische aandoening of beperking vindt zijn oorzaak in een actuele somatische ziekte of aandoening. Een somatische aandoening die gekenmerkt wordt door progressief beloop of wisselend stabiele/instabiele fases en die bij verergering door medische en/of paramedische behandeling eventueel nog kan verbeteren, heeft dus als grondslag somatische aandoening of beperking. In sommige situaties bereikt een (chronische) somatische aandoening op enig moment een 'eindstadium' waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag somatische aandoening of beperking niet meer aan de orde en is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Bij twijfel over de vraag of er een eindstadium is bereikt, wordt de behandelend arts geraadpleegd.

Bij zorg in de terminale¹³ levensfase is altijd de grondslag somatische aandoening of beperking van toepassing. De laatste levensfase is aangebroken als het overlijden binnen afzienbare tijd verwacht wordt en de behandeling niet meer gericht is op genezing of verbetering, maar op verlichting van het lijden.

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)¹⁴ als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de lichamelijke klachten voldoende verklaart.

¹³ Hiermee wordt niet alleen bedoeld op de termijn van drie maanden zoals deze in de definitie van palliatief terminale zorg is beschreven, maar ook op een situatie waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven.

¹⁴ De omschrijvingen sluiten aan bij de NHG-standaard voor Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) van mei 2013.



Bij sommige verzekerden wordt wel een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken zij het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is of ontbreekt geobjectiveerde informatie over een achterliggende ziekte of aandoening. Ook in deze situatie is er sprake van SOLK.

Beperkingen ten gevolge van SOLK moeten, net als in andere situaties, altijd worden geobjectiveerd. Het oordeel van een arts is bij SOLK noodzakelijk. Het hiertoe noodzakelijke onderzoek behoort plaats gevonden te hebben in het reguliere medische circuit, voordat er sprake kan zijn van zorg vanuit de Wlz.

Bij een verzekerde met SOLK of het vermoeden van SOLK wordt altijd de medisch adviseur van het CIZ geraadpleegd.

Indien de medisch adviseur van het CIZ, na overleg met de curatieve sector, de overtuiging heeft dat de situatie onomkeerbaar is en de beperkingen blijvend zijn, dan is een Wlz-indicatie mogelijk. Het zichtbare beperkingenbeeld van de SOLK ligt vrijwel altijd op het somatische vlak. Bij het ontbreken van nadere diagnostiek wordt daarom voor een somatische grondslag gekozen.

Een conversiestoornis, ook wel een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis genoemd, leidt op zichzelf niet tot een grondslag somatiek of lichamelijke handicap, omdat dit een psychiatrische diagnose is. In enkele gevallen kan op grond van geobjectiveerde, blijvende lichamelijke complicaties zoals contracturen wel een grondslag lichamelijke handicap of somatiek worden gesteld.

3.2 Lichamelijke handicap

Ook een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van stoornissen van het zenuwstelsel en het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering) en er geen sprake is van een terminale situatie¹⁵, dan is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Het vaststellen van de mogelijkheid tot een functionele verbetering is aan de behandelend arts.

3.3 Psychogeriatrische aandoening of beperking

De grondslag psychogeriatricie kan toegekend worden als er volgens de DSM-5 criteria sprake is van een uitgebreide neurocognitieve stoornis (NCS).

Een neurocognitieve stoornis betreft een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen waarbij er aanwijzingen zijn voor een significante cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in een of meer welomschreven cognitieve domeinen te weten complexe aandacht, executieve functies, leren en geheugen, taal, perceptueel-motorisch of sociaal cognitieve functies.

De substantiële beperking in de cognitieve prestaties is bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde (neuropsychologische) tests, of, als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd (klinisch) onderzoek¹⁶.

Aan de hand van voorbeelden van symptomen of observaties wordt het niveau van de neurocognitieve stoornis, uitgebreid of beperkt, vastgesteld en het subtype van de neurocognitieve stoornis, bijvoorbeeld NCS door de ziekte van Alzheimer, NCS door vasculaire ziekte of NCS door frontotemporale lobaire degeneratie. Verder kan gespecificeerd worden of de neurocognitieve stoornis gepaard gaat met of zonder gedragsstoornissen¹⁷.

De bovengenoemde domeinen vormen samen met de richtlijnen voor klinische drempelwaarden de basis om een neurocognitieve stoornis inclusief niveau en subtype vast te stellen.

De cognitieve deficiënties kunnen niet worden verklaard door een delier of een psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).

De meest voorkomende aandoening die leidt tot deze grondslag is dementie. Dit is een verzamelnaam voor een aantal ziekteverschijnselen die allemaal veroorzaakt worden door niet-aangeboren afwijkingen in de hersenen, ook wel dementieel syndroom genoemd.

¹⁵ Zie ook voetnoot 13.

¹⁶ Bijvoorbeeld diagnostiek door de huisarts conform de NHG standaard.

¹⁷ DSM-5 Neurocognitieve stoornissen.



3.4 Verstandelijke handicap

Een verstandelijke beperking begint gedurende de ontwikkelingsperiode, met beperkingen in zowel het verstandelijke als het adaptief functioneren in de conceptuele, sociale en praktische domeinen.

Deficiënties in het intellectueel en adaptief functioneren worden vastgesteld door een professionele beoordeling en door een geïndividualiseerde gestandaardiseerde, psychometrisch valide en betrouwbare intelligentietest.

Deficiënties in het adaptief functioneren leiden er toe dat verzekerde zonder blijvende ondersteuning niet zelfstandig kan functioneren in het dagelijks leven.

Er is daarom sprake van een grondslag verstandelijke handicap als:

- Een verzekerde een normscore van 75¹⁸ of lager behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld dat verzekerde aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken ten einde ernstig nadeel voor verzekerde te voorkomen, en
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen gedurende de vroege¹⁹ ontwikkelingsleeftijd ontstaan zijn. Als de beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren pas na het 18e levensjaar ontstaan zijn en er in de voorgeschiedenis hiervoor geen aanwijzingen waren, dan past dat niet bij een beeld van een persoon met een verstandelijke beperking²⁰.

Uitzondering: Bij kinderen die voldoen aan de criteria MCG/EMB zijn gestandaardiseerde intelligentietesten door de complexiteit en ernst van de beperkingen moeilijk af te nemen. Diagnostisch onderzoek voor deze kinderen richt zich daarom vooral op het adaptief gedrag.

Afhankelijk van de ernst van de beperkingen in het adaptief functioneren, en de eventuele aanwezige gedragsproblemen, kan ook een IQ-score tussen de 75 en 85 tot een grondslag verstandelijke handicap leiden als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- De verzekerde behaalt een normscore tussen de 75 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Uit de bovengenoemde professionele beoordeling moet blijken dat de verzekerde als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen ernstige of zeer ernstige beperkingen²¹ in het adaptief vermogen heeft en daardoor afhankelijk is van intensieve ondersteuning op minimaal één van de drie domeinen te weten het conceptuele, sociale en praktische domein, ter voorkoming van ernstig nadeel voor verzekerde. Daarnaast kan de intensieve ondersteuningsbehoefte samenhangen met bijkomende problematiek zoals o.a. probleemgedrag, en
- Bij deze professionele beoordeling wordt ter ondersteuning van de onderzoeksbevindingen bij voorkeur gebruik gemaakt van één van de binnen de beroepsgroep gebruikelijke testen om het adaptief functioneren in kaart te brengen. In ieder geval dient uit het professionele onderzoek een duidelijk beeld verkregen te worden van de actuele stoornissen en beperkingen en de mate van ondersteuning waarop verzekerde is aangewezen (volledig diagnostisch onderzoek), en
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen moeten gedurende de vroege²² ontwikkelingsleeftijd ontstaan zijn. Als de beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren pas na het 18e levensjaar ontstaan zijn en er in de voorgeschiedenis hiervoor geen aanwijzingen waren, dan past dat niet bij een beeld van een persoon met een verstandelijke beperking²³.

3.5 Zintuiglijke handicap

De grondslag zintuiglijke handicap kan worden toegekend aan verzekerden die een visuele of auditief-communicatieve handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem (of -stoornis) hebben.

¹⁸ Handboek DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen) pag. 91, 92 en 93.

¹⁹ Handboek DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen) pag. 85.

²⁰ Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde aannemelijk dat de beperkingen reeds voor het 18e levensjaar aanwezig waren en kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn voor een achteruitgang in cognitief functioneren na het 18e levensjaar.

²¹ Met betrekking tot de definitie 'ernstige en zeer ernstige beperkingen' zie handboek DSM-5 uitgebreide en beknopte versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

²² Handboek DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen) pag. 85.

²³ Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde aannemelijk dat de beperkingen reeds voor het 18e levensjaar aanwezig waren en kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn voor een achteruitgang in cognitief functioneren na het 18e levensjaar.



Visuele handicap

Visuele beperkingen worden in Nederland gedefinieerd volgens de ICD-10 classificatie van de WHO en ingedeeld op basis van gezichtsscherpte (visus) en gezichtsveld, waarbij de diagnostiek plaatsvindt door middel van metingen met hulpmiddel (bril).

Een visuele handicap valt onder de grondslag zintuiglijke handicap als er volgens de richtlijnen voor diagnostiek van de NOG²⁴ sprake is van:

- Een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog, en/of
- Een gezichtsveld < 30 graden, en/of
- Een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Auditief-communicatieve handicap

Van een auditieve stoornis is sprake als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat. Een uitzondering hierop is het Cochleair implantaat, dan wordt na een gewenningsperiode van twee jaar het gehoorverlies vastgesteld met het implantaat in.

Zoals in de FENAC²⁵-richtlijnen voor diagnostiek is aangegeven, is er sprake van een auditieve stoornis indien:

- Het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen; of
- Als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Om van de grondslag zintuiglijke handicap te spreken moet de auditieve stoornis samenhangen met communicatieve beperkingen en/of ernstige sociaal emotionele problematiek en/of ernstige spraak-/taalstoornis en/of leerachterstand.

Spraak-/taalstoornis

Een spraak-/taalstoornis kan worden vastgesteld als er sprake is van ernstige communicatieve beperkingen. Deze kunnen zijn ontstaan door (zeer) ernstige beperkingen op één of meer ondergenoemde terreinen:

- Spraakproductie (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit);
- Spraakperceptie (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt);
- Morfo-syntactische kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite met begrijpen wat anderen zeggen);
- Lexicaal-semanticke kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken).

Bovenstaande moet zijn aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek verricht in het tweede compartiment, conform de FENAC-richtlijnen.

Een spraak-/taalstoornis wordt onder de grondslag zintuiglijke handicap vastgesteld als:

- De communicatieproblemen zodanig ernstig zijn dat verzekerde afhankelijk is van een-op-een begeleiding in de communicatie en daarbij een blijvende multidisciplinaire aanpak voor zijn communicatieproblemen nodig heeft, en
- Er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen, en
- De spraak-, taalstoornis²⁶ op zich zelf staat, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrische, fysiologische, neurologische, cognitieve) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

Een pragmatische taalstoornis/beperking (te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek) als zodanig leidt niet tot

²⁴ Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.

²⁵ Nederlandse Federatie van Audiologische Centra.

²⁶ Als de genoemde stoornis/beperking zijn oorsprong vindt in omgevingsfactoren dan is geen sprake van een grondslag voor de Wlz. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.



de grondslag zintuiglijke handicap.



HOOFDSTUK 3 GEBRUIKELIJKE ZORG

Dit hoofdstuk geeft nadere invulling aan het begrip 'redelijkerwijs' in artikel 3.2.1 lid 1 Wlz, en de memorie van toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1. Het gaat daarbij om de vraag wanneer de verzekerde is aangewezen op Wlz-zorg omdat het de zorg te boven gaat die iemand vanuit de sociale omgeving van de verzekerde nog zou moeten bieden ('gebruikelijke zorg'). Gebruikelijke zorg wordt in de Wlz alleen meegewogen als het gaat om de dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en stimulering van de ontwikkeling van kinderen die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers geacht worden te bieden, al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

De afweging of er sprake is van gebruikelijke zorg vindt plaats in stap 4 van het afwegingskader, dus nadat is vastgesteld dat een kind voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz.

In de Wlz (memorie van toelichting) wordt toegelicht dat bij de indicatiestelling voor kinderen ook rekening wordt gehouden met gebruikelijke zorg. Uitgangspunt in de memorie van toelichting is dat van ouders een substantiële bijdrage verwacht mag worden bij het verzorgen en opvoeden van c.q. toezicht bieden aan een kind. *Doordat de gebruikelijke zorg voor kinderen een rol speelt bij de vraag of het kind redelijkerwijs op Wlz-zorg is aangewezen, wordt onder meer bereikt dat kinderen op een later moment toegang zullen krijgen tot de Wlz. Indien bijvoorbeeld een verstandelijk gehandicapt kind van vier jaar wat betreft de zorgbehoefte aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet, kan het zijn dat het kind eerst door de eigen omgeving en de gemeente (Jeugdwet) zal moeten worden geholpen omdat het nog niet redelijkerwijs op Wlz-zorg is aangewezen.*

Kinderen zijn bij de geboorte volledig afhankelijk van zorg van hun ouders. Zij ontwikkelen zich in stapjes naar zelfstandige en zelfredzame volwassenen. De (gebruikelijke) zorg die ouders moeten bieden verandert met deze ontwikkeling mee.

In de richtlijn 'gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen' aan het eind van dit hoofdstuk is nader beschreven wanneer een behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid niet meer valt onder gebruikelijke zorg. Hierbij moet rekening worden gehouden met de individuele situatie van en verschillen tussen kinderen.

Korte schets toegang tot zorg voor kinderen in de verschillende domeinen

Als een baby wordt geboren kan al direct duidelijk zijn dat het kind een ziekte of aandoening heeft (bijvoorbeeld bij syndromen met uiterlijke kenmerken of zichtbare lichamelijke afwijkingen). Dit kan ook gedurende de ontwikkeling duidelijk worden, bijvoorbeeld als op het consultatiebureau wordt gezien dat het kind achterblijft in de ontwikkeling. Als het gaat om medische (somatische, lichamelijke) problematiek zal in eerste instantie zorg uit de Zorgverzekeringswet ingezet worden (artsen, verpleegkundige zorg). Als blijkt dat het kind achterblijft in de (verstandelijke) ontwikkeling of moeilijk gedrag laat zien is de Jeugdwet in eerste instantie aangewezen. Als duidelijk wordt dat een kind blijvend (levenslang) is aangewezen op zorg 24 uur per dag in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel en de zorgbehoefte de gebruikelijke zorg overstijgt, kan het kind mogelijk in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz²⁷.

Uitgangspunten gebruikelijke zorg

- Een veilige woonomgeving = gebruikelijke zorg
Het door ouders bieden van een veilige thuis omgeving is gebruikelijke zorg.
Dit betekent dat:
- De lichamelijke en sociale veiligheid van het kind is gewaarborgd, en
- Er een bij de leeftijd van het kind passend opvoedkundig klimaat is, en
- Dat verzorging, begeleiding en stimulans die nodig is bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid wordt geboden.

Als een kind niet bij (een van) de ouder(s) kan wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s) om een veilige woonomgeving te bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s), is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

- Permanent toezicht = geen gebruikelijke zorg
Permanent toezicht in de zin van actieve observatie (zie definities Hoofdstuk 1) valt niet onder gebruikelijke zorg.
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid = gebruikelijke zorg afhankelijk van leeftijd en zorgbehoefte
Kinderen die een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, kunnen nog

²⁷ Zie hoofdstuk Algemeen paragraaf 2.5.1 voor de afbakening met verpleging en verzorging uit de Zorgverzekeringswet.



zijn aangewezen op (gebruikelijke) zorg van ouders, zo nodig ondersteund door zorg vanuit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

- Kinderen tot ongeveer 8 jaar hebben nog zorg in de nabijheid nodig.
- Vanaf ongeveer 5 jaar geldt: Er is geen sprake meer van gebruikelijke zorg voor een kind vanaf ongeveer 5 jaar als er:
 1. Intensief toezicht (maar geen actieve observatie) nodig is in verband met blijvende ernstige ontwikkelingsachterstand²⁸ in combinatie met (geobjectiveerde) ernstige gedragsproblemen, of
 2. Een blijvende noodzaak is voor (volledige) overname van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL²⁹) in combinatie met blijvende beperkingen in de sociale redzaamheid en cognitief functioneren, of
 3. Sprake is van een blijvend laag cognitief ontwikkelingsperspectief³⁰, in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL, gedrag.
- Vanaf ongeveer 3 jaar geldt: Als is vastgesteld dat het gaat om een kind met ernstige meervoudig complexe handicaps (MCG), ook wel genoemd ernstige meervoudige beperkingen (EMB) valt de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid voor kinderen vanaf 3 jaar niet meer onder gebruikelijke zorg. MCG/EMB kinderen hebben een ernstige verstandelijke beperking met een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) en/of somatische aandoeningen (zoals epilepsie, reflux, slikproblemen, luchtweginfecties etc.).

Bij de beoordeling van gebruikelijke zorg wordt gebruik gemaakt van de Richtlijn die hieronder is opgenomen. Let op: Dit is een richtlijn, voor ieder kind is een individuele beoordeling van de zorgbehoefte noodzakelijk.

Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen

Kinderen van 0 tot ongeveer 3 jaar

- Hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig;
- Hebben volledige overname van zelfzorg nodig;
- Hebben voortdurend begeleiding en toezicht nodig.

Kinderen van 3 tot ongeveer 5 jaar

- Hebben overdag voortdurend begeleiding en toezicht en overname van zelfzorg nodig;
- Hebben 's nachts soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig.

Kinderen van 5 tot ongeveer 8 jaar

- Hebben overdag nog voortdurend begeleiding en aansturing nodig;
- het toezicht kan op enige afstand plaatsvinden;
- Zijn in toenemende mate zelfstandig in de zelfzorg en motoriek;
- Hebben overdag op geplande en soms op ongeplande momenten hulp bij of enige overname van zelfzorg nodig.

Kinderen vanaf ongeveer 8 jaar

- Hebben geen 24 uur per dag zorg in de nabijheid meer nodig ter voorkoming van ernstig nadeel.

²⁸ Tenminste een matige verstandelijke beperking.

²⁹ ADL: eten, drinken, zich wassen, aan- en uitkleden, naar het toilet gaan, tandenpoetsen, haren kammen, nagels knippen etc.

³⁰ Tenminste een matige verstandelijke beperking.